



СОЮЗ СОВЕТСКИХ
СОЦИАЛИСТИЧЕСКИХ
РЕСПУБЛИК

(19) SU (11) 1371689 A1

(51) 4 A 61 B 17/00

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ СССР
ПО ДЕЛАМ ИЗОБРЕТЕНИЙ И ОТКРЫТИЙ

ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К АВТОРСКОМУ СВИДЕТЕЛЬСТВУ

ВСЕСОЮЗНАЯ

13

13

СЕРИЯ 1774

(21) 4040419/28-14
 (22) 20.03.86
 (46) 07.02.88. Бюл. № 5
 (71) 1-й Московский медицинский институт им. И.М.Сеченова
 (72) Г.И.Лукомский, Е.С.Наговицын и Н.П.Балысников
 (53) 616.147.3-007.64-089(088.8)
 (56) Hauer J. Die endoskopische subfasziale Diszision der Perforansvenen - vorläufige Uitteilung. - Vase Bond 14, 1985, Heft, s. 59-61.
 Тальман И.М. Варикозное расширение вен нижних конечностей. - М., 1961, с. 100-101.
 (54) СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН
 (57) Изобретение относится к сосудистой хирургии. Цель изобретения - снижение травматичности, обеспечение гемостаза и улучшение косметического эффекта. Из поперечного разреза в

средней трети голени обнажают наружный листок собственной фасции, образующий заднюю стенку канала Пирогова 1. Выделяют и пересекают малую подкожную вену 2. Выделяют и коагулируют коммуникантные вены задней группы. Эндоскоп 4 проводят снизу вверх субфасциально. Коагулируют коммуникантные вены в верхней и средней трети голени. Эндоскоп проводят по направлению медиальной лодыжки и коагулируют коммуникантные вены медиальной и передней групп. Центральный конец малой подкожной вены выделяют субфасциально до места впадения в подколенную вену 10, перевязывают и отсекают. Дистальный конец малой подкожной вены выделяют до истока и пересекают. Коагулируют боковые венозные стволы 11 и коммуникантные вены 12, отходящие от малой подкожной вены. 2 ил.

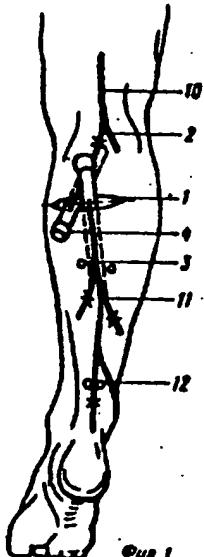


Рис. 1

(19) SU (11) 1371689 A1

Изобретение относится к медицине, в частности к хирургии, и может быть использовано при лечении варикозного расширения вен.

Цель изобретения - снижение травматичности, обеспечение гемостаза и улучшение косметического эффекта за счет выполнения радикального вмешательства с использованием эндо-
10 скопа.

На фиг. 1 изображен этап оперативного вмешательства на венах задней поверхности голени; на фиг. 2 - подход и манипуляции с помощью тубуса эндо-
15 скопа к венам медиальной поверхности голени.

Способ осуществляют следующим образом.

Из поперечного разреза кожи и подкожной клетчатки длиной 5-6 см в 20 средней трети голени по задней поверхности с переходом на медиальную обнажают наружный листок собственной фасции, образующий заднюю стенку канала Пирогова 1. Кожно-клетчаточные лос-
25 куты пальцем отсепаровывают в дистальном и проксимальном направлениях. В продольной оси голени на протяжении 4-5 см вскрывают канал Пирогова, выделяют малую подкожную вену 2, пере-
30 секают. Концы ее лигируют. Производят отделение вены от медиального кожного нерва. Круговыми движениями пальца фасцию голени отделяют от мышц, выделяют, под визуальным контролем коагулируют или перевязывают две-три коммуникантные вены 3, соединяющие малую подкожную вену и ее ветви с венами икроножной мышцы. Таким образом обрабатывают коммуникант-
35 ные вены задней группы. Конечность фиксируют в возвышенном положении и эндо-
40 скоп 4 проводят сзади наперед и снизу вверх субфасциально по направлению к бугристости большеберцовой кости. Коагулируют коммуникантные вены Бада 5, расположенные в верхней трети голени, коммуникантные вены средней трети голени 6. Конечность сгибают в коленном суставе и эндо-
45 скоп субфасциально проводят по направлению медиальной лодыжки. Коммуникантные вены медиальной группы (вены Кокетта) 7 выявляют и коагулируют. Коммуникантные вены передней группы 8, соединяющие боковые ветви большой подкожной вены 9 и передние большеберцовые вены, видны через фасцию. Производят надсечение фасции и коа-
50

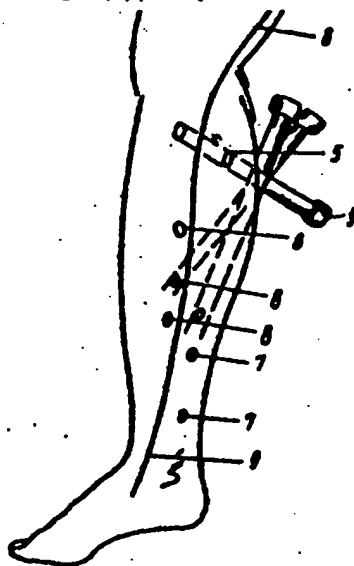
гуляцию вен. Центральный конец малой подкожной вены фиксируют щипцами, проведенными через тубус эндо-
5 скопа, выделяют субфасциально до места впадения в подколенную вену 10, перевязывают и отсекают. Дистальный конец малой подкожной вены фиксируют щипцами, проведенными через тубус эндо-
10 скопа и путем подкожного проведения эндо-
скопа выделяют до истока (до латеральной лодыжки) и пересекают. Одновременно коагулируют боковые варикозные стволы 11 и коммуникантные вены 12, отходящие от малой подкожной вены.

Пример. Больная Е. поступила в клинику по поводу варикозного расширения вен правой нижней конечности. При проведении функциональных проб и флегмографии выявлена клапанная несостоятельность коммуникантных вен медиальной и задней групп. Оперирована под наркозом: большая подкожная вена удалена от устья до медиальной лодыжки по Троянову-Бэбоку-Нарату. Из поперечного разреза в средней трети голени длиной 6 см рассечена кожа, подкожная клетчатка, продольным разрезом вскрыта фасция, выделена, пересечена и перевязана лавсаном малая подкожная вена. Субфасциально под контролем эндо-
15 скопа коагулированы три коммуникантные вены задней группы верхней и средней трети голени, коагулированы две коммуникантные вены медиальной группы. Выделена одна коммуникантная вена, идущая от икроножной мышцы к малой подколенной вене, перевязана лавсаном и пересечена. Центральный конец малой подкожной вены удален через эндо-
20 скоп субфасциально до подколенной вены с перевязкой центрального конца лавсаном. Дистальный конец малой подкожной вены эпифасциально туннелированием тубусом эндо-
25 скопа выделен и перевязан у латеральной лодыжки. Отсечен. Швы на фасцию и кожу. Послеоперационный период протекал гладко. Швы сняты через 7 дней. Осмотрена через 4 мес. Жалоб больная не предъявляет. Косметический эффект хороший.

По предлагаемой методике оперировано 34 больных с вторичным варикозом поверхностных вен на фоне посттромбофлебитического синдрома. У 28 больных отмечались грубые трофические

изменения кожи голени, трофическая язва в стадии ремиссии. У 6 больных эпителизации язвы в процессе предоперационной подготовки добиться не удалось. Эти больные оперированы по мере очищения язв от некротических налетов. Среди 28 больных с трофическими язвами в стадии ремиссии, оперированных по предлагаемой методике, осложнений после эндоскопической обработки коммуникантных вен не наблюдалось. Отмечено гладкое течение послеоперационного периода, быстрое заживление кожных разрезов, больные выписаны из стационара в короткие сроки. У 6 больных с неэпителизировавшимися трофическими язвами перед операцией отмечено появление пышных розовых грануляций на 4-5 сут после операции, заживление язвы наступило в течение трех недель. У двух больных с трофическими язвами 10x10 см² эпителизация наступила в течение 4-5 недель.

Предлагаемый способ позволяет обеспечить радикальность оперативного вмешательства у больных варикозной болезнью и ПГФС, что является очень важным для лечения этой группы больных и профилактики послеоперационного рецидива.



Фиг. 2

Редактор Н.Бобкова

Составитель С.Заринская
Техред М.Моргентал Корректор И.Муска

Заказ 447/9

Тираж 655
ВНИИПП Государственного комитета СССР
по делам изобретений и открытий
113035, Москва, Ж-35, Раушская наб., д. 4/5

Производственно-полиграфическое предприятие, г. Ужгород, ул. Проектная, 4

Таким образом, предлагаемый способ лечения варикозного расширения вен отвечает флебологическим требованиям выполнения радикальных операций, решение его оригинально и способ оперативного вмешательства обладает преимуществами по сравнению с известными. Полученные в клинических условиях результаты применения способа операции позволяют рекомендовать его для широкого практического применения.

15 Ф о р м у л а и з о б р е т е н и я

Способ лечения варикозного расширения вен, включающий окклюзию коммуникантных вен и удаление варикозно измененных поверхностных вен, о т л и ч а ю щ и й с я тем, что, с целью снижения травматичности, обеспечения гемостаза и улучшения косметического эффекта, операцию проводят из одногого поперечного разреза, доступ к коммуникантным венам осуществляют с помощью эндоскопа, а ствол поверхности вены вытягивают через просвет эндоскопа, при этом выделяют ее тубусом аппарата и в процессе выделения коагулируют боковые ветви.